UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1946 N° 103

IMPORTANCE ET AVENIR DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE EN MÉDECINE SCOLAIRE

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1946

PAR

Henri DESPLAS

MEMBRES DU JURY... MM. CALVET, *Président*

ANDRIEU, BAISSET, BONHOURE — *Assesseurs*

LASSERRE, *Suppléant*

DESPLAS (Henri) —
Importance et avenir de l'oto-rhino-laryngologie. — Albi, Impr. des Orphelins-Apprentis, 1946, in-8° (48 pages).
(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 103)

DESPLAS (Henri) —
Importance et avenir de l'oto-rhino-laryngologie. — Albi, Impr. des Orphelins-Apprentis, 1946, in-8° (48 pages).
(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 103)

DESPLAS (Henri) —
Importance et avenir de l'oto-rhino-laryngologie. — Albi, Impr. des Orphelins-Apprentis, 1946, in-8° (48 pages).
(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 103)

DESPLAS (Henri) —
Importance et avenir de l'oto-rhino-laryngologie. — Albi, Impr. des Orphelins-Apprentis, 1946, in-8° (48 pages).
(*Thèse Médecine, Toulouse*, n° 103)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1946 N° 103

IMPORTANCE ET AVENIR DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE EN MÉDECINE SCOLAIRE

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Décembre 1946

PAR

Henri DESPLAS

Membres du Jury...	MM. CALVET, *Président*	
	ANDRIEU	*Assesseurs*
	BAISSET	*Assesseurs*
	BONHOURE	*Assesseurs*
	LASSERRE, *Suppléant*	

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CALVET
ASSESSEUR	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DALOUS, ESCAT
MM. RISPAL, LAFORGUE, ARGAUD
MM. MOOG, MERIEL, CAUBET
MM. MAURIN, RIBAUT, SERR

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CLERMONT VALLOIS
Histologie et Embryologie	N...
Pathologie interne	MOREL
Clinique médicale	TAPIE (J.) ROQUES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale	CALVET
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MÉRIEL (P.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Matière médicale	VINCENT
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques .	NANTA
Pathologie générale et médecine expérimentale .	SENDRAIL
Histoire naturelle	DELAS
Médecine légale et Déontologie	N...
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Anatomie pathologique	FABRE (J)
Chimie biologique	MONNIER (R)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM. BAISSET
Obstétrique	GUILHEM

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes ..	MM.	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. aux élèves sages-femmes		GUILHEM
Histologie		CALVET
Chimie pathologique		VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique		N...
Chimie minérale		BLANC
Stomatologie		CADENAT
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZER
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Microbiologie		BOUISSET
Bactériologie		LAPORTE
Obstétrique		GUILHEM
Clinique de la Tuberculose		MOREL (L.)
Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Hydrologie et géologie		ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale		N...
Pharmacodynamie		BOUNHOURE
Thérapeutique		N...
Médecine du travail et Assurances Sociales		BONHOURE
Clinique O. R. L.		CLAUX
Parasitologie		LASSERRE
Neuro-chirurgie		LAZORTHES

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	MAYER
Médecine		PLANQUES DARNAUD, GERAUD, GADRAT DARDENNE LAPORTE (J.),
Anatomie		LAZORTHES
Chirurgie		VIRENQUE GRIMOUD DIEULAFE, RIEUNAU, DAMBRIN (P.)
Physique médicale		MARQUES,
Chimie		VALDIGUIE BLANC
Ophtalmologie		DIODATI
Secrétaire de la Faculté		DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

bien faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE PIERRE, A MA BELLE-SŒUR

A MON FRÈRE MICHEL

Etudiant en Droit

A MA JEUNE SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CALVET

Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
Laryngologiste du Centre anti-cancéreux
Croix de Guerre

qui a bien voulu présider notre thèse qu'il a inspiré.

A MON JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

Professeur d'Hygiène, de Bactériologie et de Médecine sociale.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAISSET

Professeur de Physiologie

MONSIEUR LE DOCTEUR BONHOURE

Chargé de Cours

MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Chargé de Cours

INTRODUCTION

« *Ut mens sana in corpore sano* »

La médecine scolaire a depuis de nombreuses années été au premier rang des préoccupations sociales de tous les pays. Il est de toute évidence que non seulement elle a participé aux progrès de l'Hygiène générale mais qu'elle a attiré l'attention particulière des responsables de la Santé publique.

L'Etat, en coordinant les initiatives privées et en les unifiant par un programme bien défini, a voulu manifester l'importance qu'il attache à ce problème.

Il était en effet indispensable de prendre des mesures en rapport avec l'accroissement constant des effectifs scolaires et le besoin impérieux de relever la santé des enfants de France bien compromise pendant les douloureuses années qu'ils viennent de vivre.

Ces faits ont suscité notre intérêt, et, sans vouloir envisager l'ensemble du problème médical scolaire, nous nous sommes attachés à l'examiner sous un angle particulier, celui du spécialiste oto-rhino-laryngologiste.

L'importance de cette spécialité vis à vis de l'enfance n'est plus à démontrer et, s'il en était besoin, les statistiques que nous avons eu sous la main et que nous produirons plus loin, nous en auraient fourni la preuve. Environ 10 à 15 %

de la population scolaire présente, en effet, des affections relevant de la spécialité.

Après un bref aperçu historique sur la question tant en France qu'à Toulouse, en particulier, nous passerons en revue en les illustrant par des exemples précis, les différentes affections oto-rhino-laryngologiques le plus fréquemment rencontrées en Inspection Médicale Scolaire. Nous ferons ensuite état des réalisations apportées à Toulouse dans ce domaine.

Enfin, sur ces données passées, nous envisagerons, dans le cadre du programme du Ministère de l'Education Nationale, les mesures susceptibles d'améliorer l'hygiène scolaire et en particulier le dépistage des affections oto-rhino-laryngologiques.

Aperçu historique

Dans l'histoire de la Médecine scolaire, aussi incomplète et mal unifiée dans ses réalisations qu'elle est ancienne en tant qu'institution, l'année 1793 est la première date que l'on puisse signaler

Un décret de la Convention Nationale, sur la proposition de Sieyès, Daunou et Lakanal, stipule qu'un officier de santé sera chargé de visiter aux quatre saisons de l'année toutes les Ecoles nationales du district ; il examinera les enfants et indiquera les règles propres à fortifier leur santé.

Ce texte contenait déjà toutes les directives de l'hygiène scolaire mais il resta lettre morte.

Au XIXe siècle, un médecin est attaché à chaque lycée impérial.

En 1886, l'Inspection Médicale Scolaire est étendue aux écoles laïques et les départements et communes sont invités à l'organiser par leurs propres moyens, mais ces dispositions restent dans l'ensemble sans efficacité.

En 1910, nu nouveau projet du Ministre de l'Instruction Publique s'intéresse à l'hygiène des locaux ainsi qu'à la prophylaxie des maladies contagieuses dans les écoles.

Création, en 1920, de la fonction d'Assistantes d'Hygiène scolaire.

En l'absence d'instructions générales, les initiatives privées ou locales se sont fait jour et, dès 1880, Paris et le département de la Seine avaient leur service d'Hygiène scolaire. A leur tour Lyon, Nancy, Saint-Etienne, Rouen, organisent des services d'Inspection scolaire.

Bordeaux, en 1925, confie à une commission extra-municipale le soin d'organiser l'examen médical des enfants et

dispose de six oto-rhino-laryngologistes, six ophtalmologistes, six stomatologistes qui examinent tous les enfants, aidés de douze assistantes scolaires. Un carnet sanitaire est établi pour chaque enfant et complété chaque année.

En 1926 le Congrès de l'Alliance de l'Hygiène Scolaire constatait l'existence de l'Inspection médicale scolaire dans 49 départements : 21 pourvus d'une organisation générale, dans les 28 autres l'organisation était due à des initiatives municipales.

Toutefois, jusqu'en 1933, l'Inspection médicale scolaire restait facultative.

Le principe de l'obligation ne se trouve introduit dans la législation qu'à cette date, par les projets rapportés des Docteurs Legros et Gougon.

Le projet Roux, de 1932, stipule « Le médecin inspecteur s'il estime désirable un traitement médical, avertit les familles en les invitant à s'adresser à un médecin de leur choix ».

Le projet Gougon-Strauss déclare d'autre part : « Le préfet prendra un arrêté édictant les obligations auxquelles sont tenues les familles ».

Enfin, l'Ordonnance du 18 octobre 1945, véritable charte de l'hygiène scolaire, porte, elle, obligation de la visite médicale d'incorporation scolaire, des examens médicaux périodiques des élèves (art. I), et des maîtres (art. II). Elle assortit cette obligation de quelques pénalités, et institue les Centres Médico-Scolaires.

A Toulouse, l'Inspection Médicale Scolaire existe depuis 1925 sous la forme d'un service municipal annexé au Bureau d'Hygiène.

En 1933, le principe de l'obligation appelle ce service à prendre une extension considérable et il atteint à cette date pour 114 écoles visitées une population scolaire de plus de 21.000 enfants. La ville de Toulouse est divisée en six circonscriptions pourvues, chacune, d'un médecin secondé par une assistante sociale pour une moyenne de 3.500 enfants.

Dans le cadre de cette Inspection Médicale Scolaire fonc-

tionnait régulièrement une consultation d'oto-rhino-laryngologie à raison d'une séance par semaine.

Après 1940 le service reprit avec toujours six médecins, mais le nombre des assistantes sociales fut augmenté avec une assistante pour 2.500 enfants. A cette date la consultation de spécialistes sur place est supprimée et remplacée par un avertissement adressé par le médecin-inspecteur à la famille d'avoir à faire examiner l'enfant par un spécialiste de son choix avec, éventuellement, place pour la réponse de celui-ci.

Importance de l'Oto-rhino-laryngologie à l'âge scolaire

Pour démontrer l'importance de l'oto-rhino-laryngologie à l'âge scolaire il est nécessaire que nous passions en revue les affections les plus fréquentes à cet âge et qui d'ailleurs sont mentionnées dans les statistiques de l'Inspection Médicale, ainsi que dans le Carnet de Santé de l'enfant.

Nous pourrons voir ainsi en quoi consiste le travail de l'oto-rhino-laryngologiste en médecine scolaire, et les conséquences que représentent pour l'enfant ces affections au nombre desquelles nous étudierons plus spécialement : l'hypertrophie amygdalienne, les végétations adénoïdes, ainsi que la pathologie des fosses nasales, du larynx et de l'oreille en rapport avec l'âge scolaire.

L'Hypertrophie Amygdalienne

L'hypertrophie amygdalienne est une inflammation chronique avec augmentation de volume des amygdales.

Cette hypertrophie existe rarement chez le nourrisson et parfois l'adulte, elle est avant tout une affection de l'enfance, donc de l'âge scolaire.

Il est intéressant de rappeler rapidement l'étiologie de cette affection, car nous la retrouverons constamment au long des examens pratiqués.

En médecine scolaire il est difficile d'avoir une idée exacte de l'hérédité du sujet en dehors des enquêtes possibles ; cependant il est de toute évidence que le terrain joue un rôle considérable à ce point de vue. La diathèse lymphatique avec son hyperplasie persistante plus ou moins généralisée des ganglions et des tissus lymphoïdes, se retrouve souvent. L'hypertrophie amygdalienne coexiste en effet fréquemment avec les végétations adénoïdes, l'adénopathie cervicale et médiastinale.

La tuberculose, malgré l'opinion de Dieulafay, atteint rarement les amygdales, et on trouve plus souvent des amygdales bacillifères que des amygdales réellement bacillaires. Au point de vue dépistage cette question est d'importance. En effet, l'hypertrophie amygdalienne avec infection chronique, prédisposerait à l'infection tuberculeuse. Le pharynx constitue, par ses formations lymphoïdes, une porte d'entrée possible de la tuberculose. On comprend ainsi, au point de vue pratique, la nécessité de toujours rechercher l'existence de la tuberculose avant d'intervenir chez un enfant atteint d'hypertrophie des amygdales. L'interrogatoire avec si possible des notions sur l'hérédité de l'enfant, l'examen clinique, la radioscopie et la cuti-réaction permettront cependant de dépister ces cas dont il nous a paru utile de souligner l'importance.

Toutes les maladies infectieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la grippe, sollicitant la fonction phagocytaire, peuvent favoriser l'apparition assez brusque d'une hypertrophie amygdalienne à leur convalescence. Cependant la plupart du temps cette hypertrophie est lente et progressive. Elle procède par poussées successives après des angines à répétition. Il sera donc intéressant de connaître le passé de l'enfant au point de vue infectieux pour avoir une idée de l'étiologie possible de son affection.

Ls causes locales telles que rétrécissement des orifices excréteurs ou rétention de produits pathologiques à l'intérieur des cryptes, prennent aussi place dans la constitution d'une hypertrophie amygdalienne.

De plus, sur un terrain préparé tel qu'un terrain lym-

phatique, se greffent ce qu'on peut appeler des causes de voisinage, telles que les affections naso-pharyngiennes en particulier les végétations adénoïdes infectées, qui peuvent entretenir et même déterminer l'hypertrophie ou l'infection chronique des amygdales. Il en est de même pour les affections nasales ou sinusiennes.

Les lésions dentaires ont une grosse importance dans l'étiologie des troubles amygdaliens.

Cependant, le rôle des foyers dentaires est souvent méconnu. A ce sujet, l'attention particulière apportée au problème dentaire dans les nouveaux textes concernant la médecine scolaire, montre l'intérêt que portent à juste titre les responsables de la santé de la population scolaire à cette importante question. Un cabinet dentaire convenablement équipé est prévu dans le plan d'aménagement du Centre Médico-Scolaire.

Enfin il serait vain de négliger le froid, cause déterminante, qui, en troublant l'innervation vaso-motrice de la muqueuse pharyngée, réalise des poussées aiguës d'amygdalite aboutissant à une amygdalite chronique avec hypertrophie.

Les exemples abondent en médecine scolaire, qui concrétisent ces données et nous en avons retenus quelques uns, particulièrement suggestifs.

Observation I

P... Marguerite, née en 1935.

En 1941 — Enfant souvent enrhumée.
Bronchitique.
Etat général médiocre.
L'enfant est envoyée au spécialiste.

En 1943 — On constate une hypertrophie amygdalienne avec persistance de rhumes fréquents.

Décembre 1943 — L'enfant, revue après opération des amygdales et des végétations, présente

une amélioration sensible de l'état général.

Observation II

M... Solange, née en 1938.

Février 1943 — Enfant peu musclée.
Nombreux ganglions.
Mauvaise dentition.
Hypertrophie amygdalienne.

Décembre 1943 — Nombreux ganglions.
Vue basse. O.D.G. 3/10.
Dents carriées.
Hypertrophie amygdalienne.

1944 — Enfant menue.
Polyadenopathie.
Légère scoliose.
Hypertrophie amygdalienne.

1946 — Teint pâle.
Scoliose malgré la physiothérapie.
Carries dentaires.
Hypertrophie amygdalienne.

Observation III

D... Marcel, né en 1932.

1946 — Antécédents : oreillons, rougeole.
Etat général médiocre.
Carries dentaires.
Angines fréquentes.
Encombrement rhino-pharyngé.
Amygdales cryptiques.

Observation IV

B... Pierre, né en 1939.

Mars 1945 — On note une hypertrophie amygdalienne avec de nombreux ganglions.

Novembre 1945 — Hypertrophie amygdalienne.

Avril 1946 — Enfant pâle, anémique.

Hypertrophie amygdalienne très importante.

Un avertissement est envoyé à la famille.

De ces quelques exemples, extraits du Carnet de Santé de l'enfant et qui illustrent ce que nous avons dit, ressort la nécessité, dès leur affection reconnue, de confier ces enfants à un spécialiste compétent et d'obtenir de leur famille qu'ils soient efficacement et rapidement traités.

Au même titre que les dents dont nous venons de signaler l'importance comme étiologie de l'hypertrophie amygdalienne, les amygdales sont en cause dans ce que l'on s'est plu à appeler dans un moment d'engouement « la focal infection ». Avec le recul de l'expérience, on doit reconnaître dans quelques cas le rôle des infections dentaires et amygdaliennes comme point de départ, comme foyer primaire ou causal de localisations secondaires. Ces amygdales, foyers primaires, sont cryptiques, infectées, remplies de matières caseuses, de sécrétions louches et de pus. C'est l'amygdale éponge purulente, foyer d'infections.

Les localisations secondaires en rapport avec ce foyer primaire sont très nombreuses : néphrites, rhumatismes, lésions nerveuses, affections gastro-intestinales, maladies de la peau, endocardites, ostéites, ostéomyélites, phlegmons, suppurations du pharynx, de la bouche et du cou. Nous n'envisagerons ici que les deux localisations suivantes, les plus fréquentes : les reins et l'appareil locomoteur. Ainsi le pharyngologiste sera mis en rapport par son collègue de médecine générale avec des enfants atteints de lésions rénales et rhumatismales.

La fréquence des rapports entre les processus amygdaliens et certaines névropathies ont depuis longtemps attiré l'attention, et Wolhard a pu dire : « Un quart des néphrites de cause connue est secondaire à l'amygdalite », et plus loin, le même : « Les amygdales, ou plus exactement

l'anneau lymphatique pharyngé constituent la porte d'entrée des germes infectieux dans 75 % des cas de néphrite d'étiologie connue ».

Enfin, sur 169 néphritiques, Malan a dénombré 70 % de néphrites aiguës, 30 % de néphrites chroniques et 8 % de néphroses pour lesquelles on pouvait admettre comme probable ou possible l'étiologie pharyngée.

Nous ne devons donc pas sur ce chapitre sous-estimer l'importance de l'infection amygdalienne et la prophylaxie scolaire doit tenir compte de ces faits.

Il en est de même pour les rapports entre les amygdales et les rhumatismes. D'après les travaux anglo-saxons sur la question, il semble reconnu que le rhumatisme articulaire aigu est en relation directe avec l'infection amygdalienne. L'énucléation diminuerait la probabilité des récidives et paraîtrait avoir une influence sur les localisations cardiaques. Un certain nombre de rhumatismes infectieux subaigus ou chroniques auraient aussi leur point de départ au niveau de l'amygdale.

L'origine établie, l'amygdalectomie doit être toujours nécessaire. Elle doit être précoce et totale.

Les résultats obtenus tant en France qu'à l'étranger (environ 70 % d'améliorations) incitent à la recherche systématique du foyer amygdalien dans tous les cas de rhumatisme chez l'enfant en vue de la prophylaxie des complications.

Voici un exemple extrait d'un carnet de santé qui met en valeur ce que nous venons de dire :
B... Anne-Marie, née en 1932.

1942 — Etat général médiocre.
Antécédents rhumatismaux très marqués.
Cœur arythmique.
Grosses amygdales cryptiques.

Le problème de la physiologie de l'anneau lymphatique de Waldeyer, donc de l'amygdale en particulier, a été envisagé récemment, et Taillens, de Lausanne, a apporté à ce sujet des précisions intéressantes qui permettent d'en-

trevoir sous un tout autre jour la thérapeutique amygdalienne.

Les amygdales sont un véritable barrage à l'égard des corps étrangers d'origine exogène ou endogène, car les éléments du tissu constituant ces organes ont deux fonctions : lymphopoïétique et réticulo-endothéliale.

L'amygdale, en même temps qu'un organe de défense, serait donc un chantier d'immunisation par la formation d'anticorps stimulée par un contact constant avec le monde toxinique en raison de sa situation au carrefour aero-digestif.

Cependant la résistance de l'amygdale à l'infection n'est pas inépuisable et sans limites et, si elle succombe, elle devient alors un centre d'infection avec toutes les conséquences que cela comporte.

Ainsi selon les circonstances et les cas l'infection amygdalienne peut avoir des effets fâcheux ou peut être la source de bienfaits en renforçant l'immunisation locale ou générale.

L'issue du conflit amygdales-corps étrangers anodins ou toxiques, détermine la victoire ou la défaite des tonsilles ; dans le premier cas, les amygdales protègent l'organisme, dans le second, elles deviennent un danger pour lui.

A la lumière de ces faits, envisagés depuis longtemps par le professeur Barrau, de Lausanne, notre maître le professeur Calvet, dans une récente communication (1) à la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie, s'élève contre certaines amygdalectomies abusives et conseille dans les cas limites le traitement par radiothérapie de contact, associé à la radiothérapie externe, thérapeutique sélective qui détruit les parties malades de la formation tout en laissant aux parties saines leurs fonctions normales, et à laquelle on devra adjoindre l'action tonique et stimulante de la cure thermale sulfureuse.

---

(1) La radiothérapie de contact dans l'hypertrophie de l'amygdale palatine. (Société française d'oto-rhino-laryngologie. Congrès de Paris. 21-23 octobre 1946).

Les Végétations adénoïdes

Les végétations adénoïdes, ou mieux l'adénoïdite chronique, hypertrophie chronique de l'amygdale naso-pharyngée de Luschka, d'une extrême fréquence à l'âge scolaire, a nécessité la création d'une mention spéciale dans les statistiques de la médecine des écoles.

Nous sommes amenés, vu l'importance de la prophylaxie scolaire en la matière, à envisager les causes possibles de l'adénoïdite chronique.

Les facteurs infectieux, et en particulier les maladies éruptives : rougeole, scarlatine, diphtérie, grippe, coqueluche, favorisent grandement l'hypertrophie des éléments lymphatiques.

L'hérédité de terrain, le lymphatisme surtout, sont des facteurs prédominants dans l'étiologie des végétations adénoïdes ; ces enfants lymphatiques, pâles, blonds, à peau fine, porteurs de ganglions lymphatiques cervicaux, présentent facilement de l'infection des téguments et des muqueuses.

D'ailleurs, les végétations adénoïdes coexistent fréquemment avec l'hypertrophie amygdalienne et l'adénopathie cervicale et médiastinale. De là à soupçonner ces enfants de tuberculose il n'y a qu'un pas. Le sujet est d'importance puisque, dans le cas de végétations bacillaires, l'intervention est dangereuse et contre-indiquée.

De même que pour les amygdales, les végétations sont dans la majorité des cas bacillifères et non bacillaires, malgré l'opinion de Dieulafay. Ce qui n'enlève pas la méfiance qu'on est en droit d'avoir vis à vis de cette affection chez un enfant pour lequel l'inoculation tuberculeuse pourrait se faire au niveau des formations lymphoïdes du pharynx et, gagnant le cou en provoquant des adénopathies cervicales, pourrait aboutir au poumon, déterminant ainsi une tuberculose pulmonaire.

D'autres auteurs attribuent une grande importance à la syphilis comme facteur étiologique. Il parait plus juste

de considérer la syphilis congénitale comme très importante en tant que terrain prédisposant aux infections et en particulier à l'adénoïdite chronique.

Toutes ces données étiologiques sont d'une grande valeur et spécialement le lymphatisme, qui prédispose les enfants à faire de l'hypertrophie du tissu adénoïdien et les rend moins résistants aux infections de toute sorte.

Ces végétations adénoïdes déterminant un syndrome particulier qu'il est fréquent de retrouver chez les écoliers ; ce sont des troubles de la respiration avec gêne respiratoire, sécrétions nasales, troubles du sommeil allant jusqu'à des troubles laryngés asphyxiques. Ce sont des troubles de la phonation avec voix nasonnée, des troubles de l'audition avec surdité intermittente qui fait accuser ces enfants de distraction, des troubles-réflexes, enfin, avec toux occasionnée par la rhino-bronchite descendante.

Les phénomènes généraux sont illustrés par un état général déficient physique et intellectuel, avec souvent un état subfébrile.

Beaucoup d'enfants adénoïdiens vus à la visite scolaire en sont au stade des complications.

Au niveau de l'appareil respiratoire, l'enfant qui a de l'insuffisance respiratoire nasale et rétro-nasale, respire et dort la bouche ouverte. Dans ces conditions les muqueuses des voies aériennes résistent mal à l'action de l'air froid ou vicié ; l'adénoïdien s'enrhume fréquemment et, dans l'intervalle des accidents aigus, présente de la pharyngite catarrhale chronique, conséquence fatale de l'adénoïdite chronique. Les voies aériennes inférieures n'échappent pas à cette atteinte et la rhino-bronchite descendante s'installe rapidement. Parfois même le syndrome de l'obstruction nasale et rétro-nasale peut amener un état broncho-pulmonaire avec signes généraux qui simule la tuberculose pulmonaire. L'adénoïdite chronique peut aussi jouer le rôle d'épine irritative chez les asthmatiques. Chez les enfants atteints d'asthme infantile, certains auteurs conseillent de pratiquer systématiquement l'examen du naso-pharynx pour juger de l'état de l'amygdale naso-pharyngée. Ces mêmes

auteurs apportent comme preuves des liens qui existent entre l'asthme infantile et l'état du rhino-pharynx, les guérisons durables qu'ils ont obtenues en supprimant les végétations adénoïdes chez des enfants asthmatiques.

Si l'adénopathie cervicale est de règle chez les adénoïdiens, il est fréquent de constater que l'appareil ganglionnaire en entier participe à l'infection dont le rhino-pharynx est la source. Lemaître, dans son rapport au Congrès du Lymphatisme, a défini un « système lymphatique, amygdalo-lynpho-ganglionnaire des voies respiratoires et digestives supérieures ». Nous retrouvons souvent chez les enfants cette abondance de petits ganglions, micropolyadénopathie de Grancher qui, s'accompagnant de poussées fébriles et d'amaigrissement progressif, peuvent faire penser à la tuberculose. Le débat devra être tranché par la radioscopie, la radiographie et la cuti-réaction systématiques.

Les complications auriculaires sont elles aussi importantes et fréquentes.

L'infection rhino-pharyngée emprunte la voie tubaire pour déterminer des otites moyennes aiguës congestives ou suppurées avec possibilié d'une éventuelle infection mastoïdienne.

Les végétations adénoïdes produisent aussi des troubles de la ventilation tubo-tympanique par obstruction mécanique de la trompe d'Eustache, déterminant des bourdonnements et une surdité intermittente.

Les suppurations chroniques de l'oreille son d'autre part souvent entretenues par l'infection du cavum.

La prophylaxie de ces complications comporte la désinfection du naso-pharynx et surtout l'ablation des végétations qui fera cesser les accidents aigus ou chroniques en supprimant la cause.

Nous ne citerons que pour mémoire :

Les troubles du développement atteignant la face et le classique facies adénoïdien, le thorax avec rétrécissement latéral (thorax en carène) ou circulaire (thorax en sablier), la colonne vertébrale sous forme de scolioses et cyphoses.

Les troubles réflexes et l'énurésie nocturne en particulier dont la disparition a été constatée après adénoïdectomie.

Les troubles intellectuels avec paresse et retard de l'intelligence.

Les troubles endocriniens enfin étudiés par l'école italienne, entraînant un déséquilibre glandulaire chez les adénoïdiens.

Nous faisons suivre quelques exemples, toujours tirés du Carnet de Santé des enfants, qui nous permettront de concrétiser les données qui précèdent :

Observation I

G... Carmen, née en 1932.

1941 — Etat général médiocre.
Enfant maigre, anorexique.
Nombreux ganglions cervicaux.
Végétations adénoïdes probables.

1942 — Végétations adénoïdes avec ganglions sous maxillaires.
Percuti-réaction négative.
Avertissement à la famille : opération nécessaire.

1945 — Enfant opérée en 1943.
Etat général nettement amélioré.

Observation II

P... Jacques, né en 1938.

1946 — Développement insuffisant.
Micropolyadénopathie.
Bronchite chronique.
Végétations adénoïdes.

Observation III

D... Régine, née en 1934.

1941 — Antécédents : mère tuberculeuse.
Enfant pâle, maigre, décalcifiée.

Grosse polyadénite.
Cyphoscoliose.

Février 1943 — Signes pulmonaires.

Décembre 1943 — Après placement familial.
Etat général mauvais, amaigrissement.
Respiration rude, soufflante, surtout à droite.

Avril 1946 — Etat général mauvais, anorexie.
Végétations adénoïdes.

Observation IV

L... Colette, née en 1939.

1946 — Enfant lymphatique.
Micropolyadénopathie.
Végétations adénoïdes, rhino-pharyngite.

Observation V

R... André, né en 1940.

1946 — Etat général passable.
Léger rachitisme.
Lymphatisme avec polyadénite cervicale.
Végétations adénoïdes à opérer.

Affections laryngées de l'âge scolaire

A l'âge scolaire, les laryngites aiguës ou chroniques, en dehors des irritations locales, sont surtout provoquées par les affections rhino-pharyngées. Il convient de se rappeler à ce sujet que toutes les parties de la voie aérienne sont solidaires les unes des autres et qu'ainsi les affections du nez et du pharynx retentissent fréquemment sur le larynx et le poumon.

Les rhinites, et adénoïdites aiguës, si nombreuses chez les enfants, infectent les voies respiratoires inférieures et en particulier le larynx, aidées souvent en cela par l'instil-

lation intempestive dans les fosses nasales d'un liquide médicamenteux qui va inoculer les voies aériennes inférieures.

Les laryngites chroniques de l'enfant reconnaissent deux causes : une cause infectieuse représentée par les fièvres éruptives de cet âge et les maladies épidémiques au premier rang desquelles on doit placer la rougeole, dont l'énanthème laryngé favorise les érosions de la muqueuse, et la coqueluche en raison des quintes qui irritent la muqueuse pharyngo-laryngée ; la diphtérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine et la broncho-pneumonie peuvent être mises en cause ainsi d'ailleurs que les poussées aiguës de grippe.

Le second facteur est mécanique ; il est représenté par l'insuffisance respiratoire nasale réalisée le plus souvent chez l'enfant par les végétations adénoïdes formant bouchon, mais qui agissent aussi par les poussées inflammatoires et les sécrétions qu'elles provoquent.

Ces enfants-là, qui dorment la bouche ouverte, sont ainsi plus exposés aux inflammations laryngées.

Enfin le malmenage vocal, si fréquent à l'âge scolaire, est une cause à ne pas oublier.

Affections des fosses nasales à l'âge scolaire

La rhinologie est un chapitre important en médecine scolaire et nombreux sont les enfants affligés d'une insuffisance respiratoire nasale.

Chez l'écolier, les causes les plus fréquentes de cette insuffisance sont l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée et les malformations de la cloison ; plus rarement, la rhinite vaso-motrice, surtout conditionnée par les troubles circulatoires mécaniques d'origine naso-pharyngée ou les infections nasales sinusiennes avec ou sans polypes.

Si l'on récapitule les fonctions physiologiques des fosses nasales, on comprend toutes les perturbations occasionnées par l'insuffisance nasale respiratoire et leur répercussion sur tout l'organisme de l'enfant.

Répercussions sur l'appareil respiratoire avec insuffisance

respiratoire pulmonaire et mauvaise aération des cavités naso-pharyngées qui, formant cavités closes, compliquent toutes les affections inflammatoires locales possibles : sécrétions nasales, suppurations auriculaires, angine rétro-nasale de Lemée, rhino-pharyngites, etc...

En second lieu de nombreux troubles dystrophiques sont conditionnés par l'insuffisance nasale. Ziem a démontré que l'obstruction nasale exerçait une véritable action frénatrice sur la croissance du squelette, surtout au niveau de la cage thoracique : thorax en carène, en sablier, asymétrique, aplati, et de la colonne vertébrale : scolioses et cyphoses dorsales avec décollement des omoplates. Le squelette de la face est aussi touché et le diamètre vertical prédomine sur les diamètres transversaux.

Au niveau de l'appareil digestif on a pu noter la fréquence de l'aérophagie due à l'insuffisance nasale respiratoire, ainsi que des dyspepsies atoniques en rapport avec l'action des mucosités purulentes d'origine nasale sur le pouvoir digestif des sucs gastriques et intestinaux.

La physiologie auditive exige une aération parfaite de l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache et, par suite, dans toute affection nasale, il faut toujours songer au retentissement auriculaire, soit par insuffisance de ventilation, soit par propagation infectieuse.

Enfin les troubles intellectuels caractérisés par un déficit de l'intelligence, de la mémoire et de l'attention, définis par Guye sous le terme d'aprosexie, en rapport avec l'insuffisance nasale, malgré une pathogénie encore confuse, sont depuis longtemps connus et Raulin pouvait définir le « cancre nasal » paresseux et retardataire dont l'inspection scolaire montre de nombreux exemples.

Les rhinites de l'enfant, dont la banalité et la fréquence font qu'on les néglige beaucoup trop souvent, sont, par leurs complications, redoutables chez l'écolier.

La prophylaxie de ces rhinites est importante, car ce sont elles qui constituent la première étape de bon nombre de maladies infectieuses et contagieuses : grippe, scarlatine, diphtérie, etc...

Chez les enfants des villes surpeuplées, soumis à un régime alimentaire déficient, associé à une hygiène défectueuse parce que non apprise, les rhinites se développent facilement, souvent suivies de leurs complications auriculaires, rénales ou pulmonaires.

De plus, nous nous devons de signaler ici les relations pathologiques entre l'appareil visuel et les fosses nasales, il faut les rechercher systématiquement en présence de larmoiement, de dacryocystite, de conjonctivite et en général de toutes complications oculaires ou orbitaires.

Extraits des fiches sanitaires scolaires, quelques exemples vont vous permettre de matérialiser les notions que nous venons d'exposer :

Observation I

O... Janine, née en 1932.

1946 — Etat général passable.
Insuffisance respiratoire.
Déviation de la cloison probable.
Hypertrophie amygdalienne.

Observation II

G... Jean, né en 1931.

1937 — Aspect général médiocre.
Ganglions cervicaux.
Respiration insuffisante.
Encombrement rhino-pharyngé, bronchite.
Radio : dans région para-hilaire de l'hémithorax droit, tractus plus foncés, sinus clairs.
O.R.L. : Hypertrophie amygdalienne.
Végétations adénoïdes.
Rhinite catarrhale muqueuse.
Cornet inférieur gauche hypertrophié.

1938 — O. R. L. : A opérer des végétations et
des amygdales.
1941 — A été opéré ; amélioration.

Affections des oreilles à l'âge scolaire

Du côté auriculaire, il est certain que le spécialiste verra rarement les cas aigus si fréquents à l'âge scolaire, mais son rôle à l'école sera de prévenir plutôt que de guérir.

Aussi devra-t-on s'attacher particulièrement à dépister les causes possibles d'otites. Qu'il s'agisse d'otite aiguë catarrhale, congestive ou suppurée, on devra surveiller les oreilles des enfants présentant un coryza grippal ou même banal ainsi que tous ceux atteints d'affections rhino-pharyngées aiguës ou chroniques. La mastoïde de ces enfants sera aussi systématiquement examinée.

En somme, chez l'enfant, la principale cause de l'otite est la présence de végétations adénoïdes, surtout lorsqu'elles sont infectées par des poussées d'adénoïdite aiguë.

Nous devons signaler aussi la fréquence à cet âge des otorrhées qui, souvent considérées par la famille comme louables, sont en réalité les causes de désastres auditifs.

De plus, le spécialiste sera souvent consulté pour des déficiences auditives en relation avec une tare organique ou fonctionnelle. Bien des enfants qui entendent mal et que leur timidité et leur inexpérience obligent à se taire sur ce sujet, sont considérés comme des paresseux.

Il sera donc essentiel que le médecin, après un tri préalable de l'éducateur, attache à la détermination de l'acuité auditive, une attention égale à celle dont bénéficie l'acuité visuelle.

La diathèse lymphathique

On ne peut dissocier de ce bref aperçu sur les affections du nez, de la gorge et des oreilles à l'âge scolaire, la notion de lymphatisme, diathèse qui est un terrain de choix pour le développement de toutes ces affections.

Une définition du lymphatisme se heurte à des conceptions fort différentes : certains le rattachent à la scrofule, d'autres à la diathèse exsudative de Czerny, certains enfin nient son existence même.

Marfan le définit comme « une hyperplasie persistante plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques et des tissus lymphoïdes, résultant de réactions communes non spécifiques qui peuvent déterminer dans les organes ou tissus la plupart des infections ou intoxications prolongées » et il ajoute « cet état est propre à l'enfance » ; mais cette façon de voir, qui exclue les affections localisées, s'oppose à celle émise par Taillens à la même époque, qui, parlant des enfants lymphatiques, les considère comme « des adénoïdiens, c'est-à-dire des enfants porteurs d'infection rhino-pharyngée chronique dont nous connaissons tous le tableau : nez enchifrené, bouche constamment ouverte, en particulier pendant le sommeil, coryzas fréquents et de longue durée, blépharites et conjonctivites, danger de l'otite et de la mastoïdite, grosses amygdales, angines fréquentes, engorgement des ganglions sous-maxillaires. Si l'affection du rhino-pharynx est de nature banale, tout peut disparaître et la guérison survenir, mais si le bacille de Koch vient ajouter ces méfaits à ceux des microbes de l'infection nasale, alors le tableau change et peu à peu tourne à la scrofule. » Et le même auteur avoue n'avoir « jamais vu d'enfants lymphatiques qui ne fussent pas des infectés du rhino-pharynx ».

Mouriquand oppose « le lymphatisme physiologique du jeune enfant qui a une tendance à s'atténuer, à disparaître avec l'âge, si aucune cause ne vient troubler son évolution naturelle » au « lymphatisme dystrophique » et au « lymphatisme scrofuleux ».

Mais l'importance, en l'occurence, est de connaître l'étiologie possible du lymphatisme pour pouvoir en faire la prophylaxie.

Marfan, qui se refuse à considérer comme des cas de lymphatisme les formes légères, si fréquentes, de l'enfance qui faisaient dire à Germain Sée : « Tous les enfants ont

le tempérament lymphatique quitte à le perdre plus tard », Marfan admet seulement un lymphatisme généralisé, et classe en trois groupes les diverses causes de cette diathèse :

— les infections bénignes ou sévères, mais prolongées ;

— les dystrophies d'origine alimentaire ;

— les troubles digestifs persistants.

Mais l'auteur attache dans tous les cas une grosse valeur à la recherche quasi systématique de la tuberculose et de la syphilis. Il fait aussi une grande place à ce qu'il appelle l'ostéo-lymphatisme, association fréquente du rachitisme au lymphatisme dans les premières années de la vie.

De son côté, Mouriquand, en dehors de facteurs héréditaires difficiles à déterminer, insiste sur le rôle des facteurs congénitaux. L'hérédo-syphilis, par son atteinte sur les glandes endocrines ou systèmes endocrino-nerveux, peut être à l'origine de troubles dystrophiques de type lymphatique.

Il est possible que la tuberculose congénitale soit capable de déterminer le syndrome lympathique dystrophique, mais cette action est beaucoup plus précise en ce qui concerne la scrofule. Après la naissance, le facteur alimentaire, aidé souvent par des adjuvants d'autre nature, est d'une grande importance, surtout dans le sens d'une aggravation de la dystrophie lymphatique préexistante.

Les limites et les causes de ce qu'il est convenu d'appeler lymphatisme sont assez mal établies pour que Taillens puisse proposer de supprimer ce terme non sans avoir précisé que pour lui cette affection est un « état caractérisé par la présence de végétations adénoïdes dans le rhino-pharynx avec toutes les conséquences d'infection locale et générale qui peuvent en résulter, et peut-être aussi par une susceptibilité spéciale de la muqueuse des voies respiratoires supérieures ». Ce mot serait donc un diagnostic de localisation qui mériterait de disparaître puisque, pour cet auteur, la suppression des foyers d'infections localisées du nez et de la gorge feraient disparaître du même coup : lymphatisme, états lymphatiques et scrofule.

Réalisations

En France

En regard des principes que nous venons d'exposer et des textes évoqués plus haut, que trouve-t-on ?

Des services épars, créés au gré des initiatives d'Administrateurs départementaux ou communaux : personnel médical, méthodes, rendement, tout cela varie suivant les régions.

A Paris, des praticiens nommés après concours sur épreuves, vacateurs à forfait annuel, examinent deux fois par an 800 enfants chacun. L'examen est fait dans les locaux scolaires.

Dans les grandes villes de province, le service est Municipal.

Les médecins sont souvent des contractuels à temps plein, chargés d'un travail scolaire en même temps que d'autres activités : vaccinations, dispensaires municipaux, etc.

A la campagne, la tâche est également confiée aux praticiens locaux. Ceux-ci, dans leur majorité, goûtent peu la médecine collective à laquelle rien ne les a préparés, puisque ce sont, avant tout, des thérapeutes individuels.

Souvent la visite est hâtivement faite, le contact n'est pas pris avec l'instituteur qui, seul pourtant, serait capable d'indiquer certaines déficiences de l'écolier qu'il observe quotidiennement. Enfin, cet examen est encore déconsidéré aux yeux des familles et des maîtres, parce que, généralement, rien ne vient après lui. Ce sont des constatations non suivies d'effet, qu'il s'agisse des avis destinés aux médecins de famille qui sont souvent mal reçus, de la liaison avec le dispensaire qui ne se fait pas comme elle devrait, des indispensables examens de spécialistes qui n'ont jamais lieu.

Si le résultat est imparfait qualitativement, il l'est aussi quantitativement ; c'est-à-dire que le nombre même des enfants théoriquement examinés est très inférieur aux effectifs scolaires dans beaucoup de départements.

Par exemple, au cours de l'année 1944, dans le Rhône, 30.000 enfants ont été examinés sur un total d'inscrits de 56.000 ; Dans l'Ardèche, 9.000 écoliers examinés pour 35.000 inscrits ; dans le Nord, 84.000 examens pour 195.000 inscrits ; dans la Haute-Garonne, 7.500 examinés sur 30.000 élèves.

En ce qui concerne la spécialité, jusqu'ici deux systèmes ont été mis en œuvre pour le dépistage des affections oto-rhino-laryngologiques. Le premier consiste à conventonner un spécialiste pour effectuer au Centre de Médecine Scolaire, à intervalles réguliers, des consultations au profit des enfants qui lui sont adressés par le Médecin Inspecteur Scolaire .L'enfant examiné recevait des conseils sur la conduite à tenir dans son cas. Le résultat de cette visite était consigné sur le Carnet de Santé de l'enfant dont certains comportent une rubrique spéciale oto-rhino-laryngologique.

Le deuxième système comporte, chaque fois que le médecin scolaire l'estime nécessaire, l'envoi d'un avis à la famille de l'enfant, lui conseillant de le faire examiner par un spécialiste de son choix. Une partie de cet avis, qui ne comporte nullement une obligation, comprend quelques lignes réservées à la réponse du spécialiste. Cette partie devrait être retournée à l'Inspection Médicale Scolaire pour être insérée dans le dossier médical de l'enfant.

Cette manière de procéder, bien que souvent rendue inefficace par la négligence des parents, a cependant permis d'obtenir quelques résultats ; mais il nous a été difficile de les contrôler, l'avis du spécialiste revenant rarement au dossier médical de l'enfant.

Par contre, la première méthode réalisée dans le cadre de dispensaires médico-pédagogiques, nous permet de signaler quelques résultats :

A Paris, l'Institut Lannelongue, dispose, depuis 1919,

d'une consultation oto-rhino-laryngologique à côté de nombreuses autres.

A Lyon, depuis 1925, le Dispensaire Scolaire organise tous les jeudis, une consultation oto-rhino-laryngologique. Les enfants, convoqués par le médecin-inspecteur, sont conduits par leurs parents ou par l'infirmière scolaire à cette consultation. Aucun traitement n'est effectué, mais un diagnostic précis est donné ainsi que des conseils pour la conduite à tenir. Les conclusions de ces examens sont transmises au médecin-inspecteur pour lui permettre de compléter le dossier sanitaire de l'écolier.

En 1934, à Lyon, une statistique portant sur six années et pour une population scolaire de 30.000 enfants, donne les chiffres suivants, pour ce qui concerne les consultations d'oto-rhino-laryngologie :

Végétations adénoïdes	1723
Hypertrophie amygdalienne	577
Rhinites atrophiques	318
Otites	258
Infections nasales et rhino-pharyngées	230
Déviations de la cloison	207
Rhinites hypertrophiques	41
Polypes	15
Corps étrangers de l'oreille	20
Mastoïdites	3

En 1941 et 1942, sur une moyenne de 15.000 enfants examinés, dans les consultations spécialisées, l'oto-rhino-laryngologiste en a vu : 691 en 1941 et 280 en 1942.

A Montpellier, les enfants visités dans les écoles par les médecins-inspecteurs scolaires, sont envoyés, après avis adressé aux parents leur signalant l'affection oto-rhino-laryngologique dont les enfants sont atteints, à la clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté.

De plus, fait plus intéressant, une inspectrice psychologique (création du professeur Gramont, autorité mondiale en phoniatrie) passe dans les écoles pour repérer tous les

enfants atteints de troubles de la parole, notamment de bégaiement. Tous les enfants ainsi repérés sont adressés à la clinique oto-rhino-laryngologique où ils sont examinés pour rechercher les épines irritatives et les traiter.

Dans un deuxième temps, il est prévu la création d'un centre de rééducation.

Les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie de la Faculté de Montpellier se proposent, en outre, de déposer auprès de l'Académie de Médecine une demande pour que cette assemblée émette et transmette un vœu aux Ministères de l'Education Nationale et de la Santé Publique, en vue de créer, comme cela existe déjà dans de nombreux pays, un corps d'assistantes sociales diplômées d'Etat et spécialisées, ainsi que des centres d'éducation et de rééducation pour les enfants atteints d'affections relevant de la spécialité.

A Toulouse

Dans le cadre de l'Inspection Médicale Scolaire municipale, fonctionnait à Toulouse, depuis 1925, régulièrement, au cours de l'année scolaire, une consultation d'oto-rhino-laryngologie à raison d'une séance par semaine.

Les enfants convoqués à ces consultations étaient examinés ; leur affection diagnostiquée et leurs parents recevaient des conseils sur la conduite à tenir.

Voici quelques résultats enregistrés par ce Service :

ANNÉES	ECOLES visitées	POPULATION scolaire	MÉDECINE générale	O. R. L.
1925/26	54	8.719	1255	353
1926/27	64	9.302	1125	443
1927/28	100	14.841	1319	373
1928/29	100	15.171	948	383
1929/30	102	16.242	1001	356
1930/31	108	17.720	798	424
1931/32	108	19.127	909	267
1932/33	109	20.471	831	598
1933/34	114	21.454	850	450

ANNÉES	ENFANTS examinés	ENFANTS convoqués par l'O. R. L.	ENFANTS examinés par l'O. R. L.
1936/37	19.518	487	310
1937/38	20.917	416	243
1938/39	21.650	308	210
1940/41	24.120	339	231

Ces chiffres nous donnent une idée de l'importance de l'oto-rhino-laryngologie par rapport à la population scolaire et, d'autre part, de l'efficacité du système dans les différences observées entre le nombre d'enfants convoqués et effectivement examinés par le spécialiste.

Après 1941, à l'ancienne consultation de spécialistes faite sur place, a été substitué le système de l'Avis aux Parents d'avoir à faire examiner l'enfant par un spécialiste de leur choix. Le résultat de cette consultation, quand les parents y consentaient, et quand la conclusion en parvenait à l'Inspection Médicale Scolaire, était consigné dans le Carnet de Santé de l'enfant.

Depuis la Libération du Territoire, les Pouvoirs Publics se sont vivement intéressés au problème de l'hygiène scolaire et le nombre des Médecins et des Assistantes Sociales affecté au Service a été augmenté. A Toulouse 5 Médecins à temps plein, secondés par une dizaine d'Assistantes Sociales, assurent les examens de plus de 10.000 enfants.

En ce qui concerne l'oto-rhino-laryngologie, les statistiques de cette époque classent les affections rencontées chez les enfants sous 3 rubriques : Amygdales, Végétations (le plus souvent confondues) et Surdité.

Il est certain que cet examen n'est guère approfondi ; néanmoins nous sommes obligés de constater l'importance que revêtent ces affections par rapport à la masse examinée :

Pour l'année 1944-45 :

Enfants examinés	10.739
Lymphatiques (ganglions)	1.918

Amygdales et végétations	1.138
Ouïe	29

Pour le 1er semestre 1945-46 :

Enfants examinés	9.153
Lymphatiques	2.694
Amygdales et végétations	1.996
Ouïe	40

Soit plus de 20 % des enfants examinés, pour cette période, qui pourraient bénéficier utilement des conseils d'un spécialiste.

Cependant les statistiques que nous venons de fournir ne sont pas exemptes de critiques :

Le nombre d'enfants à examiner par chaque médecin était trop considérable et cela dans de mauvaises conditions : bruits, locaux scolaires mal éclairés et mal chauffés.

La pénurie de matériel médical convenable et le manque d'aseptie ne permettait souvent pas les examens oto-rhino-laryngologiques indispensables : examen d'un nez, d'une oreille, toucher pharyngien, etc...

Il nous a été permis de constater ce qui s'est passé dans une ville de moyenne importance d'un département voisin.

Dans cette localité, le principe de l'examen dans le cadre de l'Inspection Médicale Scolaire, est le même ; cependant, à côté de cet examen superficiel, fonctionne, au Dispensaire d'Hygiène, une consultation oto-rhino-laryngologique assurée par les spécialistes locaux et permettant aux enfants qui en sont justiciables d'être examinés complètement sur place.

Des conseils sont donnés en vue d'un traitement dont les modalités sont laissées au libre choix de la famille.

L'Inspection Médicale de cette localité comporte l'examen des enfants ruraux et citadins. En voici les résultats pour 1945-46 :

Sur 2.144 enfants citadins examinés :

54 ont présenté des troubles de l'audition,
27 des affections du rhino-pharynx,

206 de l'hypertrophie amygdalienne.
44 de l'insuffisance respiratoire.

Sur 320 enfants ruraux examinés :

17 ont présenté des troubles de l'audition.
54 de l'hypertrophie amygdalienne.
55 de l'insuffisance respiratoire.

Tous ces chiffres montrent l'importance de la spécialité en médecine scolaire et vont nous permettre de faire quelques observations :

Le médecin scolaire devra attacher une grande importance au dépistage des affections du rhino-pharynx, qui pour une bonne part conditionnent la croissance de l'enfant dont dépend son avenir. Le médecin, en collaboration étroite avec l'éducateur, fera la prophylaxie de ces troubles et devra veiller à ce qu'on tienne compte de ses directives.

Malgré la fréquence notable des végétations adénoïdes, les chiffres signalés sont bien au dessous de la vérité, car ils correspondent à un examen trop superficiel et nombre d'adénoïdites passent inaperçus. Les troubles et les complications qu'elles occasionnent ainsi que les mesures à prendre dans ces cas appellent un examen plus attentif.

Il sera, de plus, nécessaire de faire ressortir auprès de l'éducateur tout l'intérêt que présentent les troubles de l'audition au double point de vue médical et pédagogique et de l'intéresser au dépistage des déficiences de l'acuité auditive des enfants qu'il observe journellement.

Enfin, comme la médecine ne fait qu'un tout, l'oto-rhino-laryngologiste de médecine scolaire devra être non un spécialiste, mais un spécialisé qui s'intéressera aux répercussions des affections qu'il rencontre sur l'état général des enfants ; c'est pour cela qu'il est nécessaire qu'il puisse faire pratiquer sur sa demande tous les examens indispensables dans certains cas : radioscopie, radiographie, examens de laboratoire, examens ophtalmologiques et dentaires.

Mesures à prendre

L'état actuel de la médecine scolaire à la lumière des résultats déjà obtenus et surtout des lacunes inévitables qu'elle présente, nous permet d'envisager pour l'avenir des possibilités d'amélioration.

Ces possibilités sont contenues en puissance dans l'ordonnance du 18 Octobre 1945 qui porte obligation du contrôle médical à tous les degrés de l'enseignement. Elle institue la visite médicale pré-scolaire ou d'incorporation scolaire que tous les enfants subiront au cours de la sixième année de leur âge.

Elle porte création des Centres médico-scolaires dont nous reparlerons plus loin.

Elle envisage aussi l'hygiène des locaux et le contrôle des activités physiques et sportives.

Enfin, elle donne l'investiture officielle au Comté consultatif national de l'Hygiène scolaire et universitaire qui est appelé à donner son avis sur tous les problèmes concernant la population scolaire.

La réforme du contrôle médical dans l'enseignement du premier degré s'est inspirée d'exemples étrangers et français :

Aux Etats-Unis, les instituteurs sont les véritables auxiliaires du médecin ; ils signalent les élèves qui doivent être vus par lui.

En Suisse, en Hollande, en Suède, si chaque médecin scolaire a sous sa surveillance un nombre relativement élevé d'écoliers, il les examine non pas en vertu d'un roulement automatique mais à l'occasion de toutes défaillances, selon les besoins. Il y a aussi là un très important travail préalable

de sélection qui est l'œuvre d'un corps d'assistantes sociales très fourni, aidé à tout moment par les éducateurs. Déchargé des tâches sans intérêt et pour lesquelles il n'est pas indispensable, travaillant sans hâte ni mécanisation, examinant des sujets préalablement triés, le médecin examinateur peut allier le souci d'un diagnostic précis au sens de la médecine sociale.

En France, à Perpignan, Béziers, Nice, des centres médicaux pour la jeunesse ont été créés par les municipalités. Les élèves des écoles sont conduits dans ces centres où médecins et auxiliaires opèrent dans d'excellentes conditions.

La réforme, inscrite dans l'Ordonnance du 18 octobre, s'inspirant de ces exemples, porte sur :

— l'obligation de l'examen et ses modalités ;

— les locaux où il se fait ;

— les médecins qui le pratiquent ;

— le personnel médico-social ;

— les conséquences de l'examen.

Nous étudierons successivement les mesures prévues pour chacun des chapitres ci-dessus .

1° L'obligation scolaire et ses modalités

L'Ordonnance crée obligation de l'examen médical pour tous les enfants qui arrivent à l'âge de la scolarité parce qu'il s'agit de permettre aux seuls enfants qui se présentent des conditions physiques normales et un état de réceptivité psychique suffisant, d'entrer de plein pied à l'école ; les autres devant être triés et au besoin dirigés sur d'autres voies.

Il y aura donc une visite médicale d'incorporation scolaire avec sélection et orientation des inaptes vers des établissements de prévention ou de cure.

Les enfants qui sont en bonne santé une fois entrés à l'école y seront par la suite régulièrement mensurés par l'instituteur. Celui-ci notera, sur une fiche médico-pédago-

gique (non soumise au secret médical), tous les incidents survenus en cours d'année, tous les renseignements utiles sur le comportement physique et mental de l'enfant.

La fiche sera consultée par le médecin examinateur lorsqu'il reverra l'élève en cours de scolarité. Il doit le revoir en effet, d'une part au cours de visites médicales annuelles, d'autre part à l'occasion de visites complémentaires, c'est-à-dire chaque fois qu'un incident de santé, une absence prolongée ou une défaillance dans le travail le nécessitera.

Les enfants reconnus inaptes seront dirigés sur des organisations susceptibles d'améliorer leur état et de les récupérer : classes diverses destinées aux arriérés et déficients, préventoriums, aériums, écoles de plein air. Ici la nécessité d'une visite régulière d'un oto-rhino-laryngologiste se fait sentir plus que partout ailleurs.

A aucun des degrés du contrôle médical scolaire, l'hygiène des organes des sens ne doit être tenue pour secondaire. Dans les Centres médico-scolaires dont nous dirons un mot par la suite, les médecins chargés de l'examen général tant pour la visite d'incorporation scolaire que pour les examens périodiques devra voir son action complétée par celle des spécialistes des yeux et des oreilles opérant par vacations périodiques. Comme le temps manque souvent au médecin et à ses auxiliaires pour effectuer la mesure sommaire des acuités visuelles et auditives, on peut très bien concevoir que l'instituteur, qu'il est aisé de former à ces épreuves, les effectue à loisir avec conscience. Ainsi le spécialiste n'examinera que des enfants préalablement reconnus, justiciables de son intervention. Une fois que les examens sensoriels seront rigoureusement pratiqués et généralisés, on reconnaîtra la nécessité de donner aux sujets déficients un enseignement bien adapté. Déjà, il existe, au point de vue ophtalmologique, des écoles spéciales pour sujets amblyopes.

En ce qui concerne les élèves des écoles secondaires, l'examen sensoriel devra toujours faire partie de la visite.

La prophylaxie bucco-dentaire, dont les liens avec l'oto-rhino-laryngologie sont si étroits, est un problème impor-

tant à résoudre en médecine scolaire. Il n'est pas douteux que c'est à l'école que le dépistage doit et peut facilement être fait et que le dépistage n'est rien si les soins ne suivent pas immédiatement.

2° Les locaux d'examens

La réforme des locaux d'examen nous paraît essentielle. Il n'est pas possible de continuer à examiner les enfants dans n'importe quelle salle de classe. L'Ordonnance du 18 octobre a rendu obligatoire l'organisation de Centres médicaux-scolaires. Ces centres comportent un ensemble principal de 4 pièces : une salle d'attente surveillée, une salle de déshabillage et de mensuration, un cabinet pour l'adjointe d'hygiène scolaire et un cabinet médical convenable ainsi qu'un petit laboratoire.

Outre ces propres locaux qui répondent à un examen médical non approfondi, le Centre médico-scolaire bénéficiera de locaux annexes spécialisés : salle de radiologie, cabinet dentaire et cabinet de spécialiste oto-rhino-laryngologiste et ophtalmologiste.

Actuellement il est prévu d'organiser des Centres médico-scolaires dans toutes les villes de plus de 5.000 habitants, chaque fois que la place s'y trouvera on installera ces Centres dans l'enceinte des groupes scolaires.

Dans les régions rurales à population très clairsemée, et surtout en montagne, il y aurait de grands inconvénients à amener les enfants vers le Centre, aussi c'est le Centre qui sera mobile : une voiture avec remorque convenablement équipée fera la tournée des villages (suivant l'exemple des voitures radio de la Croix-Rouge).

3° Les médecins examinateurs

Les médecins chargés du contrôle scolaire seront dorénavant appelés médecins-examinateurs. Ils seront autant que possible à temps plein, non fonctionnaires, mais con-

ventionnés par contrat avec les départements, nommés par le Préfet après agrément du Recteur d'Académie. Ils examineront chacun environ 8.000 enfants qu'ils auront sous leur surveillance.

Vu la masse totale des effectifs scolaires, il n'est pas possible de se passer des médecins praticiens.

Pour ce qui est des spécialistes, il y aurait intérêt à utiliser dans les grands centres les services du personnel médical hospitalier en la personne, par exemple, d'un assistant compétent.

La formation des cadres médicaux scolaires est à faire et il est prévu de créer auprès des chaires d'Hygiène, des facultés de médecine, des Instituts d'Hygiène Scolaire qui délivreront, après un enseignement spécialisé, sanctionné par un examen, un diplôme d'hygiène scolaire.

De plus, il est prévu des sections de perfectionnement auxquelles les médecins-examinateurs à temps plein devront être tenus d'assister.

4° Le personnel médico-social

Les auxiliaires du médecin, qui jouent un rôle indispensable, seront autant que possible des assistantes sociales. Il est prévu la formation d'assistantes d'hygiène scolaire dont la formation se fera à la fois dans les écoles normales d'institutrices et dans les écoles d'assistantes sociales. Leur rôle sera d'assurer un secrétariat médical et de faire la liaison avec les médecins praticiens, les dispensaires et les divers services vis-à-vis desquels le contrôle médical scolaire joue en quelque sorte le rôle d'affluent et en particulier les centres hospitaliers.

Cependant elles ne doivent pas doubler inutilement les services sociaux là où ils existent. Autrement dit il ne s'agit pas pour l'assistante scolaire de se rendre à domicile pour y faire du service social là où les familles sont déjà à même de recevoir la visite de l'assistante sociale qui les compte dans son secteur.

5n Les conséquences de l'examen médical

L'examen médical, aussi bien général que spécialisé, n'est rien s'il ne laisse pas de trace et s'il n'est pas suivi d'effet. Jusqu'ici trop souvent la famille, l'instituteur, le médecin de famille apprécient très peu le contrôle médical scolaire parce que rien ne vient après lui.

Aussi cet examen doit-il d'abord laisser des traces. Pour ce faire, dorénavant les résultats des examens seront consignés sur le fascicule scolaire du Carnet de Santé. Ce fascicule qui contiendra les résultats des visites successives passées par l'enfant comprendra aussi une rubrique oto-rhino-laryngologique remplie par le spécialiste.

Ce fascicule qui contient des renseignements relevant du secret professionnel sera conservé au Centre médico-scolaire pendant la durée de la scolarité, puis annexé au livret de santé individuel lorsque l'enfant quittera l'école.

De plus, il sera établi une fiche médico-pédagogique où seront consignés par les soins de l'éducateur les remarques qu'il aura pu faire au cours de chaque année scolaire sur le comportement de l'enfant ainsi que la mesure sommaire des acuités visuelles et auditives.

Enfin le problème le plus ardu mais aussi le plus important est celui des conséquences de l'examen scolaire. De lui dépend toute l'efficacité du système de dépistage scolaire et en général l'avenir de la médecine scolaire.

Dans tous les cas où une suite devra être donnée, la famille en sera informée et sera invitée à conduire l'enfant au médecin de son choix ; mais il faut compter avec les négligences des parents, aussi le Service Social sera souvent obligé de signaler les enfants aux organisations de protection de la santé publique qui les prendront en charge.

Il est donc essentiel que le médecin ou le spécialiste du Centre médico-scolaire, trouve le temps et les moyens d'organiser une bonne liaison avec et la famille et l'instituteur. Il faut que les auxiliaires du médecin aient les moyens de contrôler les conséquences de l'examen médical. Il ne s'agit pas évidemment de créer tout un service social au-

tour de l'école, mais il faut faire appel à toutes les ressources des services sociaux locaux. De plus il est nécessaire que le médecin ou le spécialiste soit en rapport avec les établissements de cure et notamment les centres hospitaliers, pour pouvoir suivre utilement les progrès de l'enfant en fonction du traitement appliqué.

A ce sujet, il serait utile que les parents, au cours de l'examen au centre médico-scolaire, soient éclairés sur la suite qu'ils peuvent donner aux conclusions médicales suivant leurs moyens et leur situation par rapport aux assurances sociales. Un personnel compétent, en rapport avec les services hospitaliers, les centres de rééducation, les écoles de plein air et les colonies de vacances pourrait les renseigner sur les conditions et les délais dans lesquels pourrait s'effectuer le traitement.

Le problème des inadaptés scolaires déjà mis au point en ce qui concerne la psycho-biologie de l'enfant au moyen d'une classification par tests spéciaux permettant une orientation efficace, doit être pour ce qui est des aptitudes physiologiques de l'enfant, rapidement étudié et réalisé. Déjà, quelques Centres fonctionnent, notamment à Paris le Centre psycho-pédagogique du Lycée Claude-Bernard, contrôlé par un comité présidé par le Professeur Henri Wallon, et on envisage la création de nombreux Centres analogues ; à Toulouse, en particulier, le Professeur Calvet se propose de créer un Centre de rééducation et de réadaptation pour les retardés du langage et les sujets atteints de bégaiement, de blésité, de zézaiement, etc... ainsi qu'un service pour demi-sourds. Ainsi sera franchie une importante étape dont bénéficiera une partie des inadaptés scolaires.

Il y a dans la réalisation de toutes ces mesures toute une organisation à mettre en œuvre qui viendrait en aide aux familles et contribuerait singulièrement à une amélioration de la santé de la jeunesse. Nous ne doutons pas que les Pouvoirs Publics veuillent tout faire pour réaliser ce but.

En terminant nous ne manquerons pas d'évoquer la place que l'enseignement de l'hygiène devrait prendre à l'école.

L'éducateur, après avoir lui-même reçu les principes de cet enseignement, devra les inculquer à ses élèves. C'est sur les bancs de l'école, sur la parole, par les écrits et par l'image que l'on doit avec foi et persévérance apprendre les notions essentielles d'hygiène aux jeunes écoliers si l'on veut non seulement améliorer la santé de l'enfant mais aussi celle de la France future.

CONCLUSION

Nous avons essayé de démontrer l'importance de l'oto-rhino-laryngologie en médecine populaire. Quantitativement 15 % environ des enfants relèvent du spécialiste. Qualitativement, les affections du nez, de la gorge et des oreilles revêtent à l'âge de la formation un intérêt tout particulier.

L'obligation de l'examen médical scolaire est un fait nouveau, gros de conséquences. Il dénote les tendances de la médecine contemporaine qui montrent que la médecine préventive sera la médecine de l'avenir.

Nous aurons comme en Amérique des Maisons de santé spéciales où les malades viendront se faire examiner périodiquement et signaleront au médecin la moindre défaillance du côté des oreilles, du nez, de la gorge et du larynx.

C'est en partie sur cet exemple qu'est conçue la nouvelle organisation de la médecine scolaire à laquelle l'oto-rhino-laryngologiste prendra une part de plus en plus active.

Le médecin sera toujours celui qui guérit mais il sera également celui qui prévient les maladies et les écarte. Dans cet esprit le Carnet de Santé peut rendre de grands services.

La médecine scolaire doit s'intégrer dans le cadre rajeuni de la médecine sociale et participer largement aux progrès de l'hygiène et de la santé générale.

Le Président de la Thèse,

CALVET

VU : *le Doyen,*

CALVET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 26 Novembre 1946

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DELTHEIL

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène scolaire et universitaire.
Exposé présenté le 29 janvier 1946 à l'occasion de la première réunion du Comité Consultatif national de l'Hygiène scolaire et universitaire.

CANUYT (G.) — Les maladies du pharynx.

CANUYT (G.) — Les maladies du larynx.

TERRACOL (J.) — Les maladies des fosses nasales.

SAGOT Pierre. — L'Inspection Médicale Scolaire à Lyon. Thèse de médecine, 1943.

LAURENS (G.) — Précos d'oto-rhino-laryngologie.

TAILLENS (J.-P.) — Acta oto-laryngologica. Supplementum LVI. Contribution à l'étude physiologique et pathologique de l'anneau lymphatique de Waldeyer. Helsingfors, 1944.

Le Lymphatisme. — Rapports présentés au Congrès international du Lymphatisme. La Bourboule, 1934.

OMBREDANE (A.) — Les inadaptés scolaires, 1936.
Exposés sur la psycho-biologie de l'enfant publiés sous la direction d'Henri Wallon.

CALVET (J.) — De l'intérêt de la cure sulfureuse après adénoïdectomie. (Société Thermale d'Ax-les-Thermes, Septembre 1938).

ALBI. — Imprimerie des Orphelins-Apprentis — 1946